Aus der Königlichen chirurgischen Universitätsklinik zu
Königsberg i. Pr. Prof. Dr. E. Lexer.

Zur Diagnose von Hüfterkrankungen im jugendlichen Alter.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät der Albertus-Universität
zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Johannes Bowien,
prakt. Arzt.

KÖNIGSBERG i. PR.
Buch- und Steindruckerei von Otto Kümmel
1909.

Gedruckt mit Genehmigung der
medizinischen Fakultät der Albertus-Universität
zu Königsberg i. Pr.
Referent: Prof. Dr. Lexer.

Dem Andenken

seiner lieben Eltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153514_0251

Wenn ältere Personen über Schmerzen in der Hüfte klagen, so denkt man in der Regel zuerst an eine Ischias oder an eine deformierende Entzündung des Hüftgelenks.

Diese beiden Erkrankungen sind leicht zu unterscheiden. Bei dem Malum coxae senille sind die Bewegungen im Hüftgelenk beeinträchtigt, der Nervus ischiadicus meist nicht beteiligt. Bei der Ischias ist das Gelenk gewöhnlich frei, es besteht ein charakteristischer Druck- und Dehnungsschmerz am Nerv, welch letzterer sich ja bekanntlich durch die Beugung des Hüftgelenks bei gestrecktem Kniegelenk leicht auslösen laßt. Der Beginn der Coxitis deformans kennzeichnet sich, wie *Hoffa* gelehrt hat, in der behinderten Spreizfähigkeit des krankseitigen Beines. Bei höheren Graden machen sich die Deformierungen am Gelenk leichter bemerkbar. Schließlich kann auch das Röntgenbild zur Diagnose herangezogen werden.

In den allerersten Lebensjahren kommen bei Hüfterkrankungen insbesondere die angeborene Hüftverrenkung und die rhachitische, selten die congenitale Coxa vara in Betracht. Bei allen diesen Affectionen besteht Trochanterhochstand. Die Differenzialdiagnose zwischen diesen beiden Leiden liegt in der Hauptsache in dem Nachweis der Lage des Schenkelkopfes. Gelingt es nicht sicher durch Palpation seine Lage festzustellen,

so gibt das Röntgenbild hier in allen Fällen die gewünschte Auskunft. Besteht kein Trochanterhochstand, so ist auch an eine Coxa valga rhachitica oder congenita zu denken. Alle diese Erkrankungen können natürlich auch später zur Beobachtung gelangen, lassen sich aber bis in die ersten Lebensjahre verfolgen.

Ein ganz besonderes diagnostisches Interesse bieten diejenigen Hüfterkrankungen, welche gegen Ende der Pubertätszeit auftreten. Hier ist die Erkennung der vorliegenden Krankheit in nicht ausgesprochenen Fällen gelegentlich recht schwierig.

Die Coxitis tuberkulosa, die Schenkelhalsverbiegung, die Osteoarthritis deformans juvenilis können einander sehr ähnliche Erscheinungen machen.

Leicht zu beurteilen sind natürlich die Fälle von Coxitis tuberkulosa, die mit Eiterung oder Fieber einhergehen, zu Abscessen und Fisteln führen. Diese könnten eher mit Osteomyelitis oder Psoasabscessen verwechselt werden; letztere sind bekanntlich dadurch charakteristisch, daß sie lediglich eine Beugekontraktur im Hüftgelenk veranlassen, während bei der Coxitis tuberkulosa fast immer gleichzeitig eine fehlerhafte Stellung auch nach einer anderen Richtung hin vorhanden ist.

Bei denjenigen Fällen von Hüftversteifung, welche ohne Eiterung verlaufen, ist neben der Coxitis tuberkulosa vor allen Dingen die als Coxa vara bezeichnete Schenkelhalsverbiegung differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehen.

Früher ging ja auch die Coxa vara unter der Diagnose einer tuberkulösen Coxitis, bis *Ernst Müller*

1890 sie als selbständiges Krankheitsbild schuf. Er verstand unter der Coxa vara eine Belastungsdeformität analog dem Genu valgum usw., wahrscheinlich bedingt durch eine Spätrhachitis.

Die Erscheinungen der Coxa vara sind in der Regel charakteristisch: Adductionsstellung oder zum mindesten beschränkte Abduction, Trochanterhochstand, Aussenrotation, auch die Flexion kann beschränkt sein; bei derselben dreht sich der Oberschenkel nach außen.

Als wichtige Unterscheidungsmerkmale gegenüber der Coxitis tuberkulosa werden im klinischen Befunde hervorgehoben: die Schmerzlosigkeit der Bewegungen, soweit sie möglich sind, sowie der schmerzlose Gang. Ferner kann der eigenartige Knochenbau dieser Kranken, die Cyanose der Extremitäten zur Erkennung der Erkrankung beitragen.

Treten jedoch bei der Coxa vara spastische Zustände auf, welche analog sind dem sogenannten entzündlichen Plattfuss, so können die Schmerzen im Symptomenkomplex so erheblich hervortreten, daß das sonst klare Krankheitsbild verwischt wird und man eher an eine tuberkulöse Coxitis denken kann. Tritt in diesen Fällen noch eine Fixation in Abductionsstellung auf, so ist in der Tat eine Diagnose ohne Röntgenbild kaum zu stellen.

Einen derartigen Fall möchte ich hier kurz anführen. Das Röntgenbild zeigte eine einwandsfreie Coxa vara und doch stand der Oberschenkel im Hüftgelenk nicht wie zu erwarten, in Adduction, sondern in Abductionsstellung.

Magdalene W. 14jährige Besitzertochter. 21. II. 08.

Patientin ist immer gesund gewesen. Im September 07 fiel sie beim Klettern über einen Zaun. Sie konnte danach nicht mehr gehen und kroch auf allen Vieren nach Hause. Acht Tage lag sie zu Bett und wurde mit Spirituseinreibungen behandelt. Dann fing sie wieder an zu gehen, doch mußte sie hinken wegen der Schmerzen in der Gegend des linken Hüftgelenks. Dieser Zustand dauerte an, bis sie vor 4 Wochen wieder auf die linke Hüfte fiel, wonach Patientin bis jetzt gelegen hat und nicht mehr gehen konnte.

Für sein Alter auffallend großes Mädchen mit besonders langen Extremitäten. Brust und Bauchorgane ohne Besonderheiten. Das linke Bein steht in Abductionsstellung von etwa 15 Grad, in leichter Außenrotation und einer Flexionsstellung von ungefähr 20 Grad. Der Abstand zwischen Spina ossis ilei ant. sup. beträgt links 87 cm., rechts 88 cm. Es besteht links ein Trochanterhochstand von 1 cm. Bei Bewegungen des Beines im Hüftgelenk geht das Becken bei aktiven und bei passiven Bewegungen mit.

Das in Rückenlage angefertigte Röntgenbild zeigt den Schenkelhals in annähernd normalem Winkel zum Schenkelkopf. Der obere Rand des Kopfes entspricht der oberen Schenkelhalsspitze, unten dagegen wird die Schenkelhalsspitze etwa 3 cm. weit vom Rande des Kopfes überragt. Zwischen dem zum Teil nach unten dislocierten Kopf und dem Schenkelhals findet sich eine durchscheinende, etwa $^1/_2$ cm. breite unregelmäßig begrenzte Linie. Der Kopf überragt den unteren Pfannenrand mehrere Centimeter lateralwärts

und ist nach dem Gelenk zu vollkommen scharf abgegrenzt. Die Pfanne zeigt in der oberen Hälfte Unregelmäßigkeiten; etwas oberhalb der oberen Hälfte findet sich am Becken eine sehr durchlässige Stelle. Extensionsverband. Bei der Entlassung (3. III. 08) sind die Bewegungen im Hüftgelenk bedeutend freier. Gipsgehverband.

Obgleich der übrige klinische Befund die Annahme einer Coxitis tuberkulosa wegen der Schmerzen, der Abductionsstellung, der völligen Fixation nahe legte, ergab das Röntgenbild eine ganz zweifellose Coxa vara. Auffallend ist in diesem Falle, wie schon erwähnt, die Feststellung in Abduction.

Diese Abduction kann nur erklärt werden durch Muskelspasmen, wie sie dem schmerzhaften Stadium der Coxa vara eigentümlich sind. Warum im vorliegenden Falle die Fixation in Abduction erfolgte während sie sonst in Adductionsstellung eintritt, bleibt unaufgeklärt.

Große Meinungsverschiedenheiten bestehen trotz zahlreicher einschlägiger Publikationen noch heute über den Begriff der Coxa vara. Gerade in letzter Zeit ist das Vorkommen der Coxa vara als Belastungsdeformität analog dem Genu valgum, Plattfuss usw. angezweifelt worden.

Man suchte die Lageveränderung zwischen Kopf und Hals, wie sie der Coxa vara eigentümlich ist, lediglich durch Traumen zu erklären und wollte auf diese Weise nur eine traumatische Coxa vara anerkennen. *(Kempf* [1]*)*. Es würden demnach Coxa vara und traumatische Epiphysenlösung identisch sein.

Die größere Anzahl der Autoren beharrt jedoch noch auf den Standpunkt, daß es sich bei der Coxa vara im Wesentlichen um eine Belastungsdeformität handelt, d. h. es besteht bei den betreffenden Patienten eine verminderte Widerstandsfähigkeit des Knochens in der Gegend der Epiphysenlinie. Wird diese von den Ansprüchen, welche die Funktion mit sich bringt, überschritten, so tritt die erwähnte Verschiebung in der Epiphysenlinie ein.

Sicher ist, daß Verletzungen in der Vorgeschichte der Patienten mit Coxa vara vielfach eine Rolle spielen, aber es ist eben so sicher, daß es, wie es auch die Vertreter der traumatischen Aetiologie zugeben, Fälle von Coxa vara gibt, welche sicherlich nie ein Trauma erlitten haben. In diesen Fällen sollen dann einfach Anstrengungen die Ursache der Verschiebung in der Epiphysenlinie sein.

Diese Anschauung ist jedoch unseres Erachtens unhaltbar, denn ganz denselben Anstrengungen setzen sich viele andere Menschen in derselben Wachstumsperiode aus, ohne daß sie eine Verschiebung in der Epiphysenlinie bekommen.

Dann ist auch darauf hinzuweisen, daß viele Patienten mit Coxa vara, bevor sie eine Verletzung erlitten haben, schon über Schmerzen in der Hüfte geklagt haben. Hier kann man doch von einer alleinigen Wirkung des Traumas nicht reden.

Wenn wir auch zugeben müssen, daß es in manchen Fällen schwer sein wird zu bestimmen, ob die Verschiebung in der Epiphysenlinie rein traumatischer Natur ist, oder ob sie der Hauptsache nach

bedingt ist durch eine konstitutionelle Erkrankung des Knochens, sei es nun, daß man dieselbe als Spätrhachitis, oder als Ausdruck einer lymphatisch-chlorotischen Konstitution ansieht, so wird es doch nötig sein, die einschlägigen Fälle in dieser Hinsicht, so weit es möglich ist, scharf zu scheiden.

Übergänge zwischen beiden Arten wird es natürlich, wie überall, so auch hier geben. Ich glaube, daß man hier den Hauptwert auf die Vorgeschichte des Leidens legen muß.

Trifft ein erhebliches Trauma ein Individium, welches vorher nie Beschwerden in der Hüfte gehabt hat, war die Funktion des Beines eine Zeit lang nach dem Unfall erheblich beschränkt, dann werden wir nicht umhin können, dem Trauma die Ursache für die Verschiebung zwischen Kopf- und Schenkelhals zuzuschreiben.

Diese Fälle sollte man aber dann ohne weiteres als Epiphysenlösungen bezeichnen, der Ausdruck Coxa vara ist für sie zutreffendenfalls nur ein rein anatomischer Begriff.

Dabei kann die Lösung der Epiphyse eine vollkommene sein, oder eine unvollkommene, gerade die letzteren Fälle sind es, welche anatomisch und röntgenographisch mit der Coxa vara übereinstimmen.

Bestanden schon vor dem Trauma Beschwerden in der Hüfte, so ist der Fall der Coxa vara zuzurechnen ohne daß dabei in Abrede gestellt werden soll, daß das Trauma an der Verschiebung zwischen Kopf und Hals einen Anteil hat. Die meist geringfügige Verschiebung betrifft eben in diesen Fällen eine in seiner

Widerstandsfähigkeit schon vorher geschwächte Knorpelfuge.

Zur Coxa vara gehören ohne weiteres die Fälle, in denen kein Trauma in der Anamnese nachzuweisen ist.

Bei dieser Unterscheidung mögen jedoch als Epiphysenlösungen auch Fälle aufgefaßt werden welche insofern zur anderen Gruppe gehören, als bei ihnen eine verminderte Widerstandsfähigkeit durch eine Allgemeinerkrankung bestand. Man kann diese aus dem gelegentlich ausgesprochenen Habitus der Patienten vermuten, mit Sicherheit aber nachweisen kann man sie zur Zeit nicht.

Ich möchte hier zwei einschlägige Fälle anführen welche vor kurzem in der chirurgischen Klinik beobachtet wurden.

Hermann E., 17jähriger Gärtnerlehrling. 3. III. 08.

Patient war früher gesund. Im Februar 1907 glitt er auf der Sprosse einer Leiter aus und fiel mit der Leiter herunter. Er fiel dabei auf die linke Hüfte. Er blieb zunächst 10 Minuten liegen und ging dann langsam nach Hause, indem er das linke Bein nachschleppte. Patient hat acht Tage zu Bett gelegen. Seitdem ist er wieder gegangen. Er soll nach dem Urteil der Anderen etwas steif gegangen sein, aber nicht eigentlich gehinkt haben. Schmerzen hatte er nur wenig. Im Juli wurden die Schmerzen ärger und im November verschlimmerten sie sich derart, daß Patient zwei Tage zu Bett liegen mußte und dann in das Kreiskrankenhaus kam, wo er mit Umschlägen und Bädern behandelt wurde. Er hat dort 14 Tage gelegen. Patient hatte dort solche Schmerzen in der

Hüfte, daß er das Bein selbst garnicht heben konnte. Nachdem er 4 Wochen im Kreiskrankenhaus gewesen war, konnte er wieder etwas gehen. Als er nach $6^1/_2$ Wochen aus dem Krankenhaus entlassen wurde, bemerkte er, daß das linke Bein kürzer geworden war. In den letzten Wochen hatte er etwas mehr Schmerzen, daher Aufnahme in die Klinik. Patient hat mit $1^1/_2$ Jahren laufen gelernt.

Das linke Bein ist verkürzt und nach außen gedreht. Adduction möglich bis ca. 20 Grad. Bei Abduction geht das Becken sofort mit. Flexion nur möglich bis 25 Grad. Bei Drehbewegungen geht das Becken auch sehr schnell mit. Der Trochanter steht daumenbreit oberhalb der Roser Nèlatonschen Linie. Beiderseits geringe Fußwölbung. Keine Knickfußstellung. Geringes *Trendelenburg*'sches Phänomen.

Im Röntgenbilde findet sich der obere Rand des Kopfes in der Höhe der oberen Schenkelhalsspitze. Der untere Rand des Kopfes überragt die untere Schenkelhalsspitze um 1—2 cm. und ist außerordentlich durchscheinend. Der Kopf zeigt im Ganzen ungleiche Struktur, sein Schatten ist stellenweise stark aufgehellt. Bei Massage und Schonung wesentliche Besserung.

Erich E., 15 J. 22. II. 08.

Seit einigen Wochen Schmerzen in der linken Hüfte, muß viel an der Kasse stehen. Eine Verletzung hat er nicht erlitten.

Für sein Alter leidlich entwickelt. Linkes Bein etwas kürzer. Geringer Trochanterhochstand. Flexion mäßig, Abduction stark beschränkt. Beide Testikel

äußerst klein. Doppelseitiger hühnereigroßer Hydrocele, Pubes spärlich. Gang flott, kaum hinkend.

Im Röntgenbilde ist der Kopf fast 1 cm. über die untere Schenkelhalsspitze verschoben. Die Knorpelfuge der Pfanne ist erhalten und sehr unregelmäßig. Am oberen Pfannenrand findet sich ein starker vorspringender Schatten. Die Pfanne zeigt unregelmäßige Konturen.

Während in dem ersten Fall durchaus die Möglichkeit vorliegt, daß es sich lediglich um eine Epiphysenlösung handelt, ist im zweiten Fall von einem Trauma nicht die Rede. Wir haben es hier sicherlich mit einer Coxa vara adolescentium zu tun. Von Interesse ist in diesem Fall auch die Hypoplasie der Testikel insofern sich diese gern mit sogen. Belastungsdeformitäten vergesellschaftet.

Wenn wir im ersten Fall auch die Möglichkeit einer einfachen traumatischen Epiphysenlösung zugeben müssen, so können wir doch nicht umhin darauf hinzuweisen, daß wir in vielen Fällen mit der Diagnose insofern vorsichtig sein müssen, als die bei Unfallkranken vorher bestehenden Schmerzen verheimlicht werden können und auf diese Weise das Leiden dann mit einem Trauma einzusetzen scheint.

Andererseits ist auch darauf hinzuweisen, daß bei einer vorliegenden konstitutionellen Disposition das Trauma als auslösender Faktor mitspielen kann und unter Berücksichtigung anderer Symptome der Konstitutionskrankheit, der näheren Umstände des Traumas, die Wahrscheinlichkeit doch mehr für Coxa vara adolescentium sprechen kann.

So war z. B. die zuerst erwähnte Patientin, welche bei ihrer Coxa vara Abductionsstellung des Oberschenkels zeigte, garnicht auf die Hüfte, sondern auf das Gesäß gefallen. Hier hat das Trauma doch offenbar nur auslösend auf die Erkrankung gewirkt.

Bei der Diagnose der Hüfterkrankungen im jugendlichen Alter muß außerdem die Coxa valga adolescentium in Betracht gezogen werden.

Die Diagnose dieser Art von Schenkelhalsverbiegung, welche also das Gegenteil der Coxa vara darstellt, ist keineswegs leicht und wird wohl nur durch den Röntgenbefund möglich.

In der Literatur sind bis jetzt einwandsfreie Fälle von Coxa valga adolescentium nur von *Stieda* (2) und *Machol* (3) veröffentlicht. *Hofmeister* vermutete bei einem Patienten eine Coxa valga adolescentium und *Manz* berichtet über drei Fälle, in denen er eine Coxa valga adolescentium vermutete, ohne daß jedoch der röntgenographische Nachweis erbracht wurde.

Die Fälle von Coxa valga, welche bis jetzt in der Literatur veröffentlicht sind, beziehen sich meist auf Nebenbefunde, die bei anderen Krankheiten beobachtet worden sind.

So hat man Coxa valga gefunden an Beinen, welche nicht oder mangelhaft belastet worden sind; es fehlte hier die Rumpflast, welche die normale Biegung des Schenkelhalses hervorruft. Wirkt diese nicht ein, so wird der Schenkelhals steiler. Man hat so die Coxa valga gefunden als Entlastungsdeformität wie sie *Hofmeister* treffend bezeichnet, bei Hydrocephalus, Darmbeinosteomyelitis, Amputationsstümpfen,

schweren Verletzungen und Ankylosen des Kniegelenks usw.

Dann hat man die Coxa valga beobachtet bei Knochenerkrankungen, welche mehr oder weniger das ganze Skelett betreffen, bei Rhachitis, bei Osteomalacie und Chondrodysplasie.

Dann ist sie vergesellschaftet gefunden worden mit Genu valgum und Skoliosen als kompensierende Deformität.

Die einzige selbständige Form der Coxa valga, die bis jetzt mit Sicherheit nachgewiesen worden war, stellte die Coxa valga congenita dar. Derartige Fälle sind von *David* und *Drehmann* veröffentlicht worden.

Neben dieser sind als selbstständige Formen die Coxa valga rhachitica und adolescentium zu stellen.

Ich möchte hier als einen typischen Fall von Coxa valga adolescentium den von *Stieda* beschriebenen anführen.

Gustav B., 15jähriger Lehrling in einem Manufakturwarengeschäft. 15. III. 1907.

Eltern und Geschwister gesund. Mit 11 Monaten laufen gelernt. Bis zur jetzigen Krankheit gesund. Weihnachten 1906 spickende Schmerzen in der linken Hüfte. Nach sechs Wochen dieselben Beschwerden in der anderen Hüfte. Die Beschwerden sind sehr wechselnd. An einem Tage kann Patient gut gehen, am anderen Tage hat er wieder Schmerzen. Er muß den ganzen Tag auf den Beinen sein.

Blasser Patient von schlankem Knochenbau; schmales Gesicht. Rechts mäßiges Genu valgum.

Beiderseits starker Cubitus valgus. Die Ansätze der Rippenknorpel springen vor.

In Rückenlage sind beide Beine, das linke mehr wie das rechte, nach außen gedreht. Die linke Patella sieht fast ganz nach außen. Innendrehung ist links nur bis zur Normalstellung, rechts in geringem Grade möglich. Beim Beugen des linken Beines wird die Außenrotation stärker; Beugung ist auf diese Weise möglich bis ca. 55 Grad. Rechts ist die Beugung fast bis zu einem rechten Winkel möglich.

Die Außenrotation ist dabei geringer als links. Das linke Bein erscheint länger. Die Längendifferenz beträgt $1^1/_2$ cm.

Abduction und Adduction sind in beiden Hüftgelenken frei, Beugungen innerhalb der zulässigen Grenzen ohne Schmerzen. Der Trochanter steht links mehr nach vorn.

An den Händen livide Verfärbung und Ekzema rhagadiforme. *Trendelenburg*'sches Phänomen nicht vorhanden.

Gang flott und ohne Schmerzen mit ziemlich steifen Hüften.

Von dem Becken des Patienten wurde zunächst eine Übersichtsaufnahme gemacht, welche auf beiden Seiten eine auffallend steile Stellung der Schenkelhälse, besonders links, zeigt.

Es wurden dann noch Sonderaufnahmen von beiden Hüftgelenken angefertigt und zwar in möglichst normaler Rotationsstellung der Beine.

Am linken Hüftgelenk geht der Schaft des Oberschenkels in den Hals fast ohne Knickung über.

Der Winkel beträgt im Röntgenbilde gemessen 160 Grad. Der Trochanter minor ist in voller Ausdehnung sichtbar. Der Trochanter major ist außerordentlich durchscheinend.

Die Epiphysenlinie zwischen Kopf und Hals ist fast durchweg erkennbar. Der oberste Teil des Halses scheint noch besonders im Sinne der Valgusstellung abgewichen zu sein, insofern die Epiphysenlinie nicht horizontal, sondern von innen oben nach unten außen verläuft. Der Hals berührt die Pfanne nur etwa in $^2/_3$ seines Umfanges.

Die mediale Begrenzung der Epiphysenlinie entspricht ungefähr der Gegend des Y-Knorpels.

Der Schenkelkopf überragt den oberen Pfannenrand nach unten um 4 cm. Der übrige Teil der Pfanne wird von der inneren Rinde des Halses eingenommen. Der obere Pfannenrand springt ziemlich stark vor.

Am rechten Hüftgelenk sind dieselben Veränderungen vorhanden, nur weniger stark ausgesprochen.

Therapie: Schonung. Massage. Bewegungen.

Es bestand bei diesem Patienten somit im Wesentlichen klinisch nur eine starke Außenrotation und Flexionsbeschränkung der Oberschenkel und eine Verlängerung eines Beines. Trochanterhochstand war nicht vorhanden. Der Gang zeigte im Wesentlichen nur eine Steifigkeit in den Hüftgelenken.

Gegen Tuberkulose sprach der sehr gute Gang und die bis zur Hemmung schmerzfreien Bewegungen, sowie die Doppelseitigkeit des Leidens insofern ja

eine tuberkulöse Coxitis auf beiden Seiten doch nur selten beobachtet wird.

Mit einer Coxa vara stimmte das Fehlen des Trochanterhochstandes nicht überein.

Es kam außer einer Coxa valga noch eine chronische Arthritis des Hüftgelenks in Betracht, wie sie als Osteoarthritis deformans juvenilis in den letzten Jahren von mehreren Seiten beschrieben worden ist.

Wenn letzteres Krankheitsbild auch in vorgeschrittenen Fällen unschwer zu erkennen sein dürfte, so können im Beginn der Erkrankung die allein bestehenden Schmerzen und die Bewegungshemmung eine sichere Diagnose ohne Röntgenbild nicht zulassen. Ja auch der Beginn einer Coxa vara adolescentium kann zweifellos nur Schmerzen und eine Bewegungshemmung im Hüftgelenk hervorrufen, ohne das eine Abweichung des Schenkelhalses bezw. des Kopfes röntgenographisch erkennbar ist.

Schanz hat hierauf zuerst hingewiesen. Man kann diese Verhältnisse mit denen am Fuß vergleichen: Ein Patient kann sehr wohl durch zu starke Belastung bezw. mangelhafte Widerstandsfähigkeit seines Fußgewölbes Schmerzen bekommen, ohne daß ein Plattfuß ausgesprochen ist.

In dieser Beziehung werden der Beginn einer Coxa vara, Coxa valga adolescentium und einer Osteoarthritis deformans juvenilis zunächst dieselben unklaren Erscheinungen machen können, bis die Deformierung so weit vorgeschritten ist, daß sie röntgenographisch zum Ausdruck kommt.

Aus dem eben beschriebenen Fall von Coxa valga adolescentium, bei dem, wie schon erwähnt, ein Trochanterhochstand nicht nachgewiesen war, könnte man vielleicht aus der verschiedenen Länge der Beine schließen, daß diese durch eine verschieden große Streckung des Schenkelhalswinkels hervorgerufen sein müsse, da bei einer Längendifferenz durch eine Verkleinerung des Winkels ja Trochanterhochstand hätte auftreten müssen. Außerdem war der klinische Befund in dem verlängerten Bein stärker ausgeprägt als im kürzeren.

Maydl (4), von *Brunn* (5), *Heße* (6) und Andere haben Fälle von einwandsfreier Osteoarthritis deformans coxae juvenilis beschrieben. Ein einheitlicher Symptomenkomplex läßt sich nicht feststellen. Ausschlaggebend ist auch hier das Röntgenbild.

Von *Borchard* (7) wird das Vorkommen einer Coxitis deformans juvenilis bestritten. Er behauptet, daß Osteomyelitis die Ursache der Deformierung sei. Das ist für manche Fälle auch sicher zutreffend.

Nach Analogie mit den übrigen Gelenken liegt jedoch kein Grund vor, das Vorkommen einer juvenilen Arthritis des Hüftgelenks zu bezweifeln, wenn man auch zugeben muß, daß es in manchen Fällen, wo die Erkrankung schon lange zurück liegt, schwierig ist zu sagen, ob doch nicht eine tuberkulöse Coxitis oder eine andere infectiöse Entzündung die Ursache zur deformierenden Arthritis gegeben hat.

Kurz zusammengefaßt ist über die Diagnose der Hüfterkrankungen im jugendlichen Alter, welche ohne Eiterung verlaufen, folgendes zu sagen:

Die Schenkelhalsverbiegungen sind in ihrem schmerzhaften Stadium klinisch von der Coxitis tuberkulosa schwer zu unterscheiden.

Bei der Entscheidung, ob es sich um eine Coxa vara adolescentium oder um eine traumatische Epiphysenlösung handelt, sind wir zunächst auf die Vorgeschichte der Erkrankung angewiesen.

Die spastische Coxa vara kann auch zu einer Abductionsstellung des Oberschenkels führen.

An Coxa valga ist zu denken, wenn bei verschiedener Länge der Beine ein Trochanterhochstand nicht nachzuweisen ist.

Zum Schluß erlaube ich mir noch meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Professor *Dr. Lexer* für die Überlassung des Materials und Herrn Professor *Dr. A. Stieda* für die Anregung und jederzeit freundlichst gewährte Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1) *Kempf:* Principielles über Begriff, Aetiologie und Therapie der coxa vara. Archiv für klinische Chirurgie LXXXV. Heft 3.

2) *Stieda:* Über coxa valga adolescentium. Archiv für klinische Chirurgie Bd. 87, Heft 1.

3) *Machol:* Medicinische Klinik 1909 Nr. 8 p. 300.

4) *Maydl:* Coxa vara und Arthrites deformans coxae, Wien. Klinische Rundschau 1897, Nr. 10, p. 11.

5) *v. Brunn:* Über die juvenile Osteoarthritis deformans der Hüftgelenke. Seite 7, Klinische Chirurgie, Band X L. Heft 3.

6) *Heße:* Über eine Beobachtung von bilateraler ideopathischer juveniler Osteoarthritis deformans der Hüftgelenke. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizinischen Chirurgie, Band 15.

7) *Borchard:* Zur Frage der deformierenden Entzündung (Arthritis deformans) des Hüftgelenks bei jugendlichen Individuen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band LXXXV.

Lebenslauf.

Verfasser, *Johannes, Heinrich, Alexander Bowien,* ist am 1. Juli 1873 zu Loebau, Westpr., geboren als Sohn des am 18. Januar 1897 in Marienwerder verstorbenen Kgl. Gymnasial-Oberlehrers *Alexander Bowien* und seiner Frau *Marie* geb. *Wohlfromm,* gestorben 8. Mai 1892. Seine Vorbildung erlangte er auf den Gymnasien zu Neumark Westpr. und Marienwerder Westpr. und erhielt auf letzterem Ostern 1894 das Zeugnis der Reife. Verfasser studierte zuerst Theologie und Philologie auf den Universitäten Königsberg, Halle, Kiel und von Dezember 1902 Medizin in Königsberg; Mai 1905 bestand er die ärztliche Vorprüfung und am 31. Januar 1908 das medizinische Staatsexamen. Das praktische Jahr wurde vom 1. Februar 1908 bis 1. Februar 1909 im Krankenhaus der Barmherzigkeit zum Teil auf der gynäkologischen, zum Teil auf der inneren Station absolviert, und bis zum 1. Mai 1909 war Verfasser noch an diesem Krankenhause tätig. Das Colloquium fand am 6. Mai 1909 statt.

Seiner Militärpflicht genügte Verfasser von April 1900 bis April 1901 beim Infanterie-Regiment Herzog von Holstein (Holsteinsches) No. 85 in Kiel und leistete zwei militärische Uebungen 1903 und 1904 als Unteroffizier bezw. als Vizefeldwebel beim Infanterie-Regiment v. Boyen No. 41 in Tilsit ab.

Seine Lehrer waren:

Beneke, Braatz, Braun, Bunge, R. Cohn, Ehrhardt, Ellinger, Falkenheim, Garré, Gerber, Hammerschlag, Heine, Henke, Herrmann, Hilbert, Jaffé, Krückmann, Kuhnt, Lexer, Lichtheim, Meyer, Pape †, Pfeiffer, Puppe, Rindfleisch, Rosinski, Samter, Schmidt, Scholz, Schreiber, Stenger, L. Stieda, A. Stieda, Streit, Weiss, Winter, Zander, Zangemeister.

Ihnen allen sei herzlicher Dank ausgesprochen.